Rok XXXII. Kraków, 8. Kwietnia 1893. Nr. 14.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{3}$ „	„ 6 „

I. Mydło kalomelowe w leczeniu przymiotu (kiły).

(Wzmianka tymczasowa).

Podał
Dr. med. Watraszewski,
Lekarz Naczelny szpitala św. Łazarza w Warszawie.

Pod nazwą „mydła kalomelowego“ pozwalam sobie polecić uwadze Szanownych Kolegów środek, który w zastósowaniu do wcierań u chorych dotkniętych przymiotem, oprócz doskonałych własności leczniczych, okazuje się praktycznym w wysokim stopniu.

Mydło kalomelowe przyrządza się przez staranne zmieszanie kalomelu na parze zrobionego (*Calomelas vapore paratum*) z czystem mydłem potasowem, odpowiednio przygotowanem, w stosunku 1 : 2 (*Sapo calomelanos fortior*), względ. 1:3 (*Sapo calomelanos mitior*) i przedstawia się w postaci miękkiej masy koloru białawego z szarym odcieniem. Mydło zaś potasowe, służące również i za podstawę dla mydła szarego merkuryalnego (Oberlaender), otrzymuje się za pomocą działania ługu potasowego na świeżą oliwę prowancką, aż do utworzenia się chemicznie czystego związku — mydła, które odpowiednio zgęszczone przez odparowanie, przedstawia się jako ciało ze słabym mydlanym zapachem, z koloru i konsystencyi najwięcej do czystej wazeliny podobne. Przygotowanie odrazu dobrego mydła nie jest zbyt łatwem i wymaga pewnej wprawy.[1])

Do jednorazowego użytku biorę obecnie ilość dwugramową mydła kalomelowego, zawierającą 50. względ. 66 centygramów czystego kalomelu, stósownie do tego, czy preparat przepisany słaby jest czy mocniejszy. Samo zaś wcieranie robi się w następujący sposób:

Po obmyciu ciepłą wodą ze zwykłem mydłem okolicy ciała, która ma być natartą, lub po wzięciu kąpieli, kładziemy na skórze całą ilość mydła kalomelowego, która ma być zużytą (połowę jej, jeśli wcierać mamy w symetryczne części ciała) i dłonią zmaczaną w wodzie rozprowadzamy mydło ruchami rotacyjnymi po skórze danej okolicy. Dłoń należy zwilżać kilkakrotnie, t. j. dopóty, dopóki cała ilość mydła nie zamieni się w płynną, białą pianę i pianę tę powolnie i nie zbyt silnie wcieramy wciąż dalej, aż do chwili, gdy znikać pocznie. Ostatek mydła staramy się za pomocą powolnych ruchów w jednym kierunku i z większą trochę siłą wykonywanych wmasować w skórę danej okolicy.

Czas potrzebny do wykonania wyż opisanego wcierania wynosi od 10—15 minut, stósownie do wprawy wcierającego, i jeżeli mydło było odpowiednio rozprowadzone i frykcya wykonana jak należy, nie znajdujemy ani na skórze danej okolicy ani na dłoni żadnego widocznego śladu kalomelu a skóra zwykłą swą zachowuje barwę.

Ważniejsze korzyści przy użyciu mydła kalomelowego w porównaniu ze środkami frykcyjnemi, będącymi dotychczas w użyciu — są tedy następujące:

1) Mydło kalomelowe potrzebuje do wtarcia bardzo mało czasu i trudu i z tego względu może być doskonale zastósowane i wcierane osobiście u osób słabowitych, tudzież mających bardzo mało czasu do swej dyspozycyi.

2) Mydło to pozbawione jest zapachu i bezbarwne w użyciu, t. j. nie brudzi ani skóry ani bielizny, pozwala zatem chorym cierpiącym na przymiot przeprowadzić kuracyę w czystości i w zupełnej tajemnicy.

3) Wcieranie mydła kalomelowego zdaje się nie wywierać wcale drażniącego działania na skórę. Przynajmniej nie zauważyłem dotychczas w żadnym przypadku objawów tego rodzaju (*dermatitis, eczema)* w miejscach, gdzie środek ten był używany, nawet kilka razy z rzędu.

Co się tyczy wartości leczniczej mydła kalomelowego, to takowe w zastósowaniu w przypadkach przymiotu świeżego i późnego (*syphilis recens et tarda*) zdaje się odpowiednie, na zasadzie dotychczasowych mych spostrzeżeń

[1]) Doskonałe mydło tego rodzaju wyrabiają w Warszawie pp. mag. farm. Wenda i Wiorogórski.

w użytych przezemnie ilości i stósunku, wartości leczniczej oficynalnej szarej maści, mając nad nią tę wyższość, iż działanie mniej lub więcej energiczne uzyskać możemy za pomocą zmiany stósunku ilościowego kalomelu do mydła przy użyciu do wcierań tejże samej ilości preparatu. Przygotowanie i wtarcie mydła kalomelowego w stósunku nawet 1 : 1 żadnej nie robi trudności, co jedno i drugie z szaruchą lub szarem mydłem merkuryalnem (*Ungt. hydrarg. ciner. vel Sapone hydrarg. ciner.*) prawie jest niemożebnem.

Kilkakrotne badania moczu, dokonywane za pomocą metod Ludwig-Schridde-Fürbringera i Witza, w kilka, wzgl. kilkanaście dni po zastósowaniu kuracyi wspomnianym środkiem, wykazywały stale większą lub mniejszą w tymże moczu obecność rtęci. Początek lekkiego opuchnięcia dziąseł obserwowany kilkakrotnie podczas tychże wcierań, pomimo troskliwego pielęgnowania jamy ustnej, wskutek czego codzienną ilość środka trzeba było redukować, wskazuje również na dostateczną saturacyę rtęcią całego organizmu.

Streszczając pokrótce wyż powiedziane, wolno nam, zdaje się, wyprowadzić wniosek, iż mydło kalomelowe obok posiadania tychże samych ważnych zalet, w które uposażoną jest tradycyjna szarucha, tudzież więcej nowoczesne szare mydło merkuryalne, wolne jest z drugiej strony od wszelkich niemal stron ujemnych nieodłącznych od owych preparatów i z tego względu pozwala nam rozszerzyć niepomiernie zakres stósowania prawidłowych kuracyj frykcyjnych za pomocą wygodnego i skutecznego tego środka, przez ordynowanie ich tam obecnie, gdzie takich kuracyj ze względów osobistych lub towarzyskich dotychczas nie można było przeprowadzić.

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13.)

Rozpoznanie ciał obcych w drogach oddechowych opierać się musi na wywiadach (anamnezie) i na badaniu przedmiotowem. To ostatnie znowu polega na laryngoskopii i auskultacyi. Za pomocą laryngoskopu widzieć możemy ciało obce w tchawicy, lecz nie zawsze badanie to da się przeprowadzić, jak np. u małych dzieci itp. Bez laryngoskopii rozpoznać możemy, że ciało obce tkwi w tchawicy wtedy tylko, gdy wystąpią objawy zwężenia tchawicy. Z własnej praktyki przypominam sobie dwuletnie dziecko, które wciągnąwszy do tchawicy łupinkę z orzecha włoskiego w najwyższym stopniu duszności przywiezione zostało do szpitala. Tu już bez żadnych prób laryngoskopowania do tracheotomii przystąpiłem. Podobnież utkwienie ciała obcego w oskrzelu z przypadów zwężenia lub zatkania tegoż oskrzela można rozpoznać. W jednym przypadku, gdzie ołówek utkwił w prawem oskrzelu głównym, mogłem oznaczyć miejsce jego obecności ztąd, że szmer zwężenia najwyraźniej dał się słyszeć pomiędzy kręgosłupem a łopatką prawą, znacznie zaś słabiej było go słychać pomiędzy kręgosłupem a łopatką lewą; tchawica okazała się podczas laryngoskopowania wolna. Szmer był słyszalny i bez przyłożenia ucha, zwłaszcza podczas mocniejszego wdechu. Bywa to nieraz w pewnym stopniu zwężenia jednego oskrzela. Jeżeli mianowicie zwężone jest jedno oskrzele choćby bardzo znacznie, a nawet, gdy jest zupełnie zątkane, chory nie potrzebuje mocniejszemi wdechami dobijać się powietrza, przez drugie bowiem oskrzele przechodzi ono łatwo. Szmer zatem nigdy tu tak mocny nie powstanie, jak w zwężeniu tchawicy, w którem chory musi wciągać powietrze z natężeniem. To też zwężenie tu do wyższego dojść musi stopnia, niż w tchawicy, by sprawić szmer. W innym przypadku mogłem rozpoznać utkwienie strzałki z t. zw. fistuły w dolnej gałęzi oskrzela prawego po tem, że szmer zwężenia było słychać tylko nad dolnym płatem prawego płuca, szmer zaś pęcherzykowy nad tymże płatem wyraźnie był słabszy, niż gdzieindziej. Dnia poprzedniego szmer ten zwężenia, choć nieco odmienny, słyszałem także nad płatem średnim a jedynie nie było go w górnej części prawego płuca. Widocznie zatem strzałka opierała się grubym swym końcem o miejsce podziału oskrzela prawego na gałąź dolną i średnią, gdy gałąź górna, jako wcześniej odchodząca, żadnej już nie doznawała przeszkody. Dnia następnego strzałka wsunęła się w gałąź dolną, którą przez to tem bardziej zwęziła a równocześnie oswobodziła początek gałęzi średniej. Przesunięcie się to ciała obcego czuł zresztą i sam chory bardzo dobrze; poprzednio bowiem lokalizował to ciało obce według uczucia z prawej strony mostka koło czwartego żebra w głębi, potem zaś twierdził, że mu się przesunęło w tył i w dół „pod łopatkę".

Jeżeli ciała obcego nie można dojrzeć w tchawicy ani laryngoskopem, ani też nie zwęża ono tchawicy lub którego z głównych lub drugorzędnych oskrzeli, wtedy obecności jego domyślać się tylko możemy na podstawie wywiadów i zlokalizowanego dokładnie bólu. Ból ten pochodzić może z wbicia się ostrego końca w ścianę, z ugniecenia i zranienia jej przez nierówne brzegi ciała obcego i t. p. Gładkie jednak ciała obce mogą długi czas przebywać w oskrzelach nie sprawiając żadnego bólu, a nawet i do nierównych oskrzela po dłuższym czasie przywykają i w końcu bolesność przy nich ustępuje i to bez względu na to, czy jest obok tego zwężenie czy nie. Ciała rurkowate, jak n. p. wpadłe w oskrzela kaniule, mogą nie sprawiać ani bólu, ani utrudnienia oddechu i zgoła nie zdradzać się żadnymi przypadami. Ciała twarde i aseptyczne mogą przebywać nawet bardzo długo bez wielkiej szkody w oskrzelach.

Przypadek wspomniany przezemnie powyżej tyczył się młodego chłopca, któremu ołówek przed 7 laty wpadł do prawego oskrzela. Od tego czasu chory zapadał często na mocne i uparte nieżyty oskrzeli (zapewnie głównie po stronie prawej). W przypadku strzałki w dolnej gałęzi prawego oskrzela w piątym dniu po jej wpadnięciu znalazłem nad dolnym płatem odgłos bębenkowy a w szóstym pomimo wyjęcia ciała obcego wystąpiło stłumienie na całym dolnym płacie, które jednak ustąpiło po kilku dniach stanu podgorączkowego. Natomiast przypominam sobie przypadek, w którym u chorej, operowanej z powodu kiłowego zapalenia ochrzęstnej, dostał się później kawałek obumarłej chrząstki do oskrzela a skutkiem tego wywiązało się zapalenie płuc i opłucnej z przejściem w zgorzel i zakończeniem śmiertelnem.

Leczenie wymaga naturalnie usunięcia ciała obcego. Sposobem endolaryngealnym można się o to jeszcze pokusić w razie ciał obcych tkwiących w samym początku tchwicy; w razie jednak usadowienia ich niżej konieczną do ich usunięcia jest tracheotomia, podobnie jak i wtedy, gdy spełzną na niczem zabiegi endolaryngealne albo, gdy wielkość lub kształt

ciała obcego już z góry przemawiają przeciw próbom endolaryngealnym. Zaniechać natomiast należy tracheotomii tam, gdzie nie mamy żadnych wskazówek co do usadowienia ciała obcego, gdzie ono nie wywołuje żadnych przypadów, jak to bywa nie tylko w razie ciał obcych drobnych i lekkich, ale także i ostrych kończystych jak igły i t. p. Wyjmowanie ciała obcego sposobem endolaryngealnym z tchawicy nie różni się niczem od wyjmowania ciał obcych z krtani, nie będziemy więc nad niem zastanawiać się bliżej; o wyjmowaniu ciał obcych po tracheotomii poniżej będzie mowa.

Przejdźmy teraz do zwężeń tchawicy i oskrzeli u tracheotomowanych. Tracheotomia w zwężeniach tchawicy sama przez się nie daje nowej drogi dla powietrza, które w swem przejściu na zwykłej drodze napotyka na przeszkodę. Zwykle bowiem przy tracheotomii nie dostaniemy się poniżej zwężenia, ale powyżej niego musimy otworzyć tchawicę. Wyjątek stanowi jedynie w zwężeniach tchawicy wysoko położonych tracheotomia podtarczykowa.

Podobnież, jeżeli u poprzednio tracheotomowanych wystąpi zwężenie poniżej kaniuli, droga zyskana dla powietrza dawniej w obec zwężenia głośni, nie będzie dostateczną teraz w obec zwężenia tchawicy. W każdym razie przetoka tchawicza stanowi drogę do badania i leczenia zwężeń tchawicy; ażeby jednak wystarczała i dla powietrza oddechowego, potrzeba przez nią i przez miejsce zwężone przeprowadzić rurkę dostatecznie szeroką, któraby powietrze łatwo przechodzić mogło. Wobec niskiego nieraz położenia zwężenia nie zawsze wystarczy ku temu celowi zwykła kaniula; w takim razie użyć musimy dłuższej, jaką podał König i inni. Te same jednak usługi co kaniula Königa oddać także mogą kawałki kateteru albo rurek gardzielowych odpowiedniej długości. Co do mnie, wolę nawet te ostatnie, gdyż mogę je zastósować do przypadku danego, używając cieńszych lub grubszych a wobec taniości ich mogę używać świeżych dla każdego chorego. Jedynie w zwężeniach bardzo niepodatnych, jak np. powstałych na tle grubych, okrężnych blizn, ma kaniula Königa niezaprzeczoną wyższość. Jeżeli więc wobec bezpośredniego niebezpieczeństwa życia w zwężeniu tchawicy wykonywamy tracheotomię, winniśmy natychmiast po jej wykonaniu założyć rurkę tak długą, żeby przez miejsce zwężone przejść mogła a przez to rozszerzyć je, o ile można. Każdy łatwo pojmie, że jest to tylko leczenie zabezpieczające chorego na razie, ale nie usuwające jeszcze zwężenia; po wyjęciu bowiem rurki zwężenie znowu powróci. Założenie dłuższej rurki może tam tylko mieć skutek, gdzie zwężenie jedynie jest w tchawicy; jeżeli jednak oba oskrzela są zwężone, wtedy rurka tu żadnego skutku mieć nie będzie; co więcej może to ona nawet w zwężeniu w samej tchawicy być nieprzydatna. Zdarza się to mianowicie w zwężeniu tchawicy przez błony krupowe; wtedy wprowadzona rurka, jeżeli nie przejdzie zwężenia, tylko oddzieli błony od ścian tchawicy i zepchnie je na dół; musi przeto zupełnie zatamować oddech.

Podobne nagłe zatkanie tchawicy zdarzyć się także może, jeżeli rurka zbyt krótka, n. p. zwykła kaniula, nie przejdzie miejsca zwężonego, lecz z góry je tylko uciska i nieco spycha; zwłaszcza może stać się w nowotworach na jednej ścianie tchawicy, które przez ten ucisk ku światłu tchawicy więcej wtłoczone być mogą. W takich przypadkach użyć należy dłuższej rurki. W przypadkach, w których nie można przeprowadzić przez miejsce zwężone rurki wystarczającej dla oddechu, należy, o ile można, usunąć radykalnie przyczynę zwężenia. Tyczy się to przede wszystkiem ciał obcych, które wyjmować należy natychmiast po tracheotomii; wreszcie odnosi się to do wszystkich stanów łatwo dających się usunąć, jak n. p. błon krupowych, polipów z dobrą szypułką i t. p., gdzie zatem nie warto odkładać sprawy na później. O sposobach tego operowania będzie mowa poniżej.

Wskazaniem do tracheotomii w zwężeniach tchawicy, podobnie jak w ogóle jest niebezpieczeństwo zaduszenia. — W sprawach, które zwykle przebiegają pomyślnie bez tracheotomii, należy czekać, aż niebezpieczeństwo to wystąpi w całej pełni. Tak n. p. dławiec oskrzeli u dorosłych przechodzi zwykle mimo gwałtownych ataków szczęśliwie; można więc z operacyą czekać, aż istotnie niebezpieczeństwo wystąpi bezpośrednio. W razach, w których z góry można przewidzieć konieczność tracheotomii, tem bardziej, jeżeli po tracheotomii potrzebne będzie dalsze leczenie chirurgiczne, nie należy zwlekać z operacyą, bo im zwężenie jest mniejsze, tem szerszą rurkę po tracheotomii możemy przeprowadzić przez nie i tem łatwiejsze będą rękoczyny w okolicy miejsca zwężonego. Z drugiej strony nie należy się znowu kwapić z tracheotomią w razach bardzo małego tylko zwężenia, zwłaszcza gdy niema pewności radykalnego jego usunięcia.

Pod względem rodzaju tracheotomii pierwszeństwo oddać muszę górnej, t. j. nadtarczykowej. W krykotomii, krwawienie z rozciętego więzu stożkowego a stąd wciąganie krwi w tchawicę jest wobec jej zwężenia, zwłaszcza wyższego stopnia, nieprzyjemnem. Tracheotomia podtarczykowa utrudnia badanie tchawicy i wykonanie w niej rękoczynów następnie potrzebnych. Przytem napotyka ona czasem, mianowicie u dorosłych, na znaczne trudności a wreszcie otwarta przy niej droga do śródpiersia nie należy w każdym razie do stron jej dodatnich. To też wolę i w tych razach, gdzie zwężenie tchawicy występuje wysoko, zrobić tracheotomię górną, w której albo otworzę miejsce zwężone i wtedy często odrazu będę mógł usunąć przyczynę zwężenia, albo gdy rana tracheotomijna wypadnie powyżej zwężenia, to nieraz już wystarczy zwykła kaniula, by przejść przez miejsce zwężone i rozszerzyć je. Następowo zaś potrzebne rękoczyny wobec bliskości zwężenia od przetoki tchawicy będą także tem łatwiejszemi.

Po tracheotomii otwiera nam się nowa droga do wybadania zmian tak w tchawicy jak i w krtani. Ze względu na to badanie zmiany te na trzy grupy podzielić możemy: 1) zmiany powyżej przetoki tchawiczej, 2) zmiany w jej obrębie i 3) zmiany poniżej niej. Do wybadania pierwszych posługujemy się małem zwierciadełkiem stalowem (zwierciadełkiem Czermaka) wprowadzonem w przetokę i zwróconem ku górze. Ponieważ zmiany tu występujące odnoszą się do krtani (w razie górnej tracheotomii), przeto pobieżnie tylko o nich wspomnimy. Zmiany do drugiej grupy należące dostępne są dla oka wprost; łatwo je zatem można leczyć podług zasad, jakie rozwiniemy przy trzeciej grupie. Najczęściej wreszcie występują tu zmiany przez samą kaniulę sprowadzone, o których tutaj także pobieżnie tylko wspomnimy. Pozostaje nam zatem głównie do uwzględnienia grupa trzecia, t. j. zmian poniżej przetoki tchawiczej, czy to w tchawicy czy w oskrzelach występujących. (C. d. n.)

III. Przypadek *endometritis tuberoso-polyposa.*

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dok. Patrz Nr. 13.)

Pogarszający się stan chorej nie przedstawiał na razie niebezpieczeństwa, mimo to jednak niepokoił mnie; zażądałem przeto narady lekarskiej. Chora wszakże z obawy przed badaniem i przed tem, aby jakiego zabiegu nie zaproponowano, na naradę lekarską zgodzić się nie chciała tak, że dopiero ledwo po 10-ciu dniach byłem ją w stanie do tego nakłonić i na naradę wezwałem kol. Jordana, który widział chorą po raz pierwszy 18-go września. Kol. J. podczas badania znalazł objawy wyż opisane a niedokrewność oznaczył jako taką, która wskazuje czynne wystąpienie lekarza. Podczas badania wewnętrznego znalazł znaczne wypuklenie przedniego sklepienia dolnym odcinkiem macicy, część pochwową skróconą z ujściem zewnętrznem drożnem dla końca palca. Zachowanie się chorej podczas badania, dla badającego przykre, zmusiło go do zaniechania dokładniejszego badania.

Co do rozpoznania, to uwzględniając wywiady zgodził się na przypuszczenie, iż najprawdopodobniej rozchodzi się o śluzak kosmówki (*myxoma chorii*), wykluczając łożysko przodujące — z tem nadmienieniem, że rozpoznanie ściślejsze niemożebne.

Co do leczenia postanowiono: ograniczyć ilość czopków z makowcem do 3 dziennie, odżywiać chorą dobrze, podawać nieco wina po odrobinie, nadto gdyby czynność porodowa sama nie wystąpiła, wzniecić ją sztucznie.

Na drugi dzień po naradzie bóle były silniejsze przez kilka godzin, aniżeli zwykle, poczem wysunęło się z pochwy ciało płaskie, wielkości dłoni a grubości na $1\frac{1}{2}$ centimetra, miękkie, kruche, niecuchnące, zabarwione popielato, które wyglądało zupełnie tak, jak stary skrzep krwi wypłukany, co na razie zdawało się, że nie ulega wątpliwości. Bóle ustały, plamy krwawe zmniejszyły się a chora stała się nieco spokojniejszą.

Domniemany skrzep poddałem w swej pracowni badaniu mikroskopowemu, które ku wielkiemu memu zdziwieniu wykazało, że mamy do czynienia nie ze skrzepem krwi, ale z obumarłą tkaniną, tylko bardzo niewyraźnie się barwiącą, ciałkami krwi przesiąkłą, okazującą tu i ówdzie przekroje naczyń, to znów mniej lub więcej wyraźną tkankę siatkowatą, wśród której duże widać komórki z niewyraźnem dużem jądrem. Barwiłem skrawki różnemi barwikami; z przyczyny jednak, że tkanina była obumarłą, nie dała się wyraźnie zabarwić. Mimo to widzieć można było na skrawkach miejsca, gdzie opisane komórki wyraźniej występowały i kształty jądra były wyraźniejsze i na pewno jako takie rozeznać było można.

Komórki tak duże, cechujące i utkanie siatkowate odpowiada w zupełności preparatom, które dnia 4. maja roku zeszłego na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego przedstawiałem. Na podstawie tego badania rozpoznałem: *endometritis tuberoso-polyposa.* Jedne i drugie preparata przedstawiłem Kolegom do porównania i ocenienia.

Dnia 22. września widzieliśmy z kol. J. pacyentkę ponownie i postanowiliśmy jeszcze zbadać krew, aby oznaczyć stopień niedokrewności i odpowiedzieć sobie na pytanie: czy wzniecić czynność porodową sztucznie, czy też jeszcze wyczekiwać?

Badanie krwi podjęte przez kol. Surzyckiego wykazało: krew blada, zawiera 50—55% hemoglobiny, ilość ciałek czerwonych 2800000 w mm. sześć. a stosunek ciałek białych do czerwonych jak 1 : 80. Ciałka czerwone trudno się układają w rulony, znaczna *poikilocytosis.*

Badanie to jednak nie wpłynęło już na nasze postępowanie, gdyż niebawem po niem wystąpiła dobrowolnie czynność porodowa, która pod wpływem silnych bólów szybko postępowała.

Ponieważ w chwili wystąpienia bolów porodowych w domu mnie nie znaleziono, przeto wezwano obecnego w domu kol. B., który chorą i pierwej podczas ciąży w moim zastępstwie kilkakrotnie widział. Przybywszy zastałem macicę silnie się kurczącą, ujście macicy prawie zupełnie rozwarte, pośladki niezbyt duże do pochwy wstępujące. Po kilku mocnych bólach urodził się płód żeński niemal dobrowolnie, żywy, nie omdlały, w położeniu miednicowem. Waga dziecka 1615 grm.

Odcięto pępowinę i po zaopatrzeniu dziecka całą uwagę zwrócono na matkę, gdyż w 3-im okresie porodowym lub później można się było w tych warunkach obawiać krwotoku. Podczas wy stępowania łożyska straciła chora około 500 grm. krwi; po mocnem nacieraniu dna macicy, po zastósowaniu zimnych okładów na brzuch i po podaniu sporyszu ustało krwawienie.

Łożysko, które Kolegom przedstawiłem, odeszło całe; po stronie matczynej pokryte było szarą warstwą, od strony płodowej widać miejsce, w którem odchodziły błony od łożyska, przyczepione przeważnie dośrodkowo. Z błon znajduje się tylko owodna a na brzegach drobne strzępki doczesnej i kosmówki, które w całości w macicy pozostały.

Chora niedokrewna i wystraszona. W pół godziny po odejściu łożyska, mimo bezustannego czuwania nad macicą, która kurczyła się wcale nieźle, pojawił się krwotok i chora straciła znów około 300 grm. krwi. Z obawy dalszego krwawienia postanowiono: najpierw usunąć skrzepy krwi z pochwy i macicy i wydobyć błony oddzieliwszy je, gdyby tego było potrzeba a potem wytamponować pochwę penghavarem w gazie jodoformowej. — Stósownie do tego usunąłem skrzepy z pochwy i włożyłem dwa palce do jamy macicy, z której też wydobyłem kilka mniejszych skrzepów. Całe wnętrze macicy wymacałem; błon jednak, któreby się oddzielić dały, nie mogłem wyczuć, ale za to znalazłem zmiany, jakich po zwykłych porodach nie spostrzegamy, a mianowicie tak na przedniej jak i na tylnej ścianie znalazłem sterczące ku jamie macicy znaczne, jednostajne wypuklenia, które się ze sobą stykały tak, że pomyślawszy sobie przekrój ciała macicy poprzeczny, jama tegoż przedstawiałaby się w postaci litery H, podobnie jak kształt przewodu pochwowego na poprzecznych przekrojach obserwowany. Tak te wypuklenia jakoteż i całe wnętrze macicy dawały pod palcami uczucie zbitości ani błonie śluzowej, ani też błonom płodowym nie odpowiadającej. Następnie wytamponowano pochwę penghavarem i uciskano tampony ku jamie brzucha a drugą ręką z góry nacierano dno macicy. Krwawienie na zewnątrz nie ponowiło się więcej. W 24 godzin usunięto tampon krwią przesiąkły. Tętno chorej 80 uderzeń na minutę, ciepłota niespełna 37·0° nie podniosła się wyżej przez cały ciąg połogu.

7-go dnia okazały się bardzo cuchnące, brudne odchody a cuchnienie właściwe, jakie się czuć daje tam, gdzie jest

zgorzel, napełniło mieszkanie. Poleciłem przestrzykiwanie pochwy, poczem odpływ ten cuchnący do 3-go dnia ustąpił bezpowrotnie. Mimo pilnie skierowanej uwagi żadne strzępy ani błony nie odeszły. Stan chorej ogólny prawie się nie zmieniał, zwolna tylko przychodziła do siebie. Po czterech tygodniach poczęła opuszczać łóżko. Badanie wewnętrzne wykazało macicę ułożoną w prawidłowem przodopochyleniu, dobrze ściągniętą, zbitości prawidłowej, objętości w dwójnasób większej aniżeli w stanie prawidłowym. Część pochwowa gruba nic zresztą osobliwego nie okazuje.

Dziecko żyje i prócz trzechdniowej żółtaczki w pierwszych dniach po porodzie ma się dobrze i na ciele przybiera; mamkę ssie chciwie.

Przypadek opowiedziany przedstawia, jak sądzę, niektóre ciekawe okoliczności i tak:

1) w przypadku tym rozpoznanie było możebnem przed porodem, podczas gdy wielu autorów a między nimi n. p. Veit temu przeczą, twierdząc, że rozpoznanie możebne tylko po odejściu jaja płodowego. W przypadku naszym rozpoznaliśmy na podstawie mikroskopowego badania ciała, które odeszło podczas ciąży; naturalnie był to bardzo korzystny przypadek, że odszedł strzęp większy, który zwrócił na siebie uwagę; bywały jednak drobne strzępki, które w wielu podobnych przypadkach pojawiać się muszą a które należałoby przeto poddawać mikroskopowemu badaniu, coby rozpoznanie ułatwiło;

2) że łożysko odeszło bez błon, które i później nie odeszły jako takie;

3) warto zanotować, że płód urodzony tak nędzny żyje i dobrze się rozwija, co rzadko tylko się przydarza;

4) również zaznaczyć można, że połóg przebiegał tak pomyślnie, podczas gdy zdaniem autorów przypadki takie bardzo często kończą się niepomyślnie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ogromne postępy lat ostatnich w zakresie techniki badań mikroskopowych wzbogaciły histologię patologiczną wieloma nowemi szczegółami morfologicznemi. Z jednej strony udoskonalenie systemów mikroskopowych, z drugiej ulepszenie metod utrwalania tkanek, możność otrzymywania z nich skrawków idealnie cienkich (do $^1/_{500}$ milimetra grubości), wreszcie odpowiednie sposoby barwienia ich uprzystępniły oku badacza najdrobniejsze szczegóły budowy części składowych komórki. Z postępów tych skorzystała patologia, aby wyzyskać je dla rozjaśnienia najciemniejszego ze swych zagadnień — kwestyi etyologii nowotworów.

Sprawa ta, odkąd patologia, już jako samoistna gałąź nauk biologicznych, stanęła na pewniejszych podstawach nauki o komórce, nie schodziła z porządku dziennego, zajmując najwybitniejsze umysły badaczów na tem polu. Co jest przyczyną istotną powstania nowotworu, czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy bujaniem pewnych elementów tkankowych a wpływem bodźców zewnętrznych lub warunków wewnętrznych ustroju, jaką jest właściwa histogeneza tych tworów patologicznych?— oto pytania, około których obracał się rdzeń badań a których rozstrzygnięcie do dziś dnia nie wyszło jeszcze po za sferę przypuszczeń. To też na hipotezach oparła się nasza wiedza w tym względzie, niekiedy wprawdzie świetnych i wyjaśniających w wielu razach okoliczności, sprzyjające powstawaniu nowotworów, lecz nie dających nam właściwej przyczyny, owego *primum movens* samej sprawy patologicznej.

W pracy swej *„o przyczynach nowotworzenia się tkanek patologicznych“* w księdze jubileuszowej Virchowa streszcza Ziegler [1]) w krótkich słowach warunki powstawania nowotworów. Etyologia nowotworów, według słów jego, jeszcze jest nam nieznana; przeto i geneza ich nie jest łatwą do pojęcia. Część ich powstaje z zawiązków tkanki wrodzonych i rozwija się dalej wskutek przyczyn, leżących w samej organizacyi tkanek; inne zaś stanowią twory nabyte, przyczyn więc ich rozwoju szukać należy w tych zmianach, jakie z biegiem lat powstają w tkankach ustroju. Pomiędzy temi przyczynami, jak wskazują spostrzeżenia, ważne znaczenie ma miejscowe zmniejszenie się wzajemnego ucisku tkankowego, utrzymującego pewną równowagę we wzroście części składowych tkanki; wskutek osłabienia lub zaniku pewnej grupy pierwocin tkanki, sąsiednie, pozbawione tej naturalnej z ich strony zapory, zaczynają bujać i tym sposobem powstaje nowotwór. Pogląd ten można zastósować do niektórych rodzajów raków, objaśniając w sposób zupełnie wystarczający ich powstawanie; powstaje jednakże cały szereg przypadków, których hipoteza ta objaśnić nie może. To też tam słuszniej będzie przypuścić wzmożenie się sił rozrodczych, prowadzące do nadmiernego bujania pewnej grupy komórek, niż nienormalną podatność otaczającej tkanki. Obecnie jednak nie mamy jeszcze danych, któreby wyjaśniły nam przyczynę tego wzmożenia się rozrostu komórek.

Nie będziemy wchodzili w bliższe szczegóły obydwóch tych najwybitniejszych hipotez, przytoczonych przez Zieglera Zarówno pierwsza z nich, teorya zarodkowa Cohnheima jak i druga, teorya zmniejszenia się ucisku tkankowego Thierscha nie mogą się stósować do wszystkich przypadków rozwoju nowotworu rakowego. Sam Thiersch starał się uzupełnić swoją teoryę, przyjmując obok zmniejszenia się ucisku wskutek zaniku tkanki łącznej, stanowiącego tylko chwilę usposabiającą do rozwoju raka, jako warunek konieczny istnienie jakiegoś bodźca, któryby nadał komórkom nabłonkowym tę energię rozrodczą, jaka właściwa jest komórkom rakowym. To dało początek teoryi o pochodzeniu raka z podrażnienia, mającej niewątpliwie podstawę w licznych przypadkach, lecz nie dającej się uogólnić ani też stwierdzić doświadczalnie (Hanau).

Dla wytłómaczenia, skąd bierze się ta zdolność szybkiego mnożenia się i bujania w komórkach raka, stworzył Klebs fantastyczną teoryę zapładniania komórek nabłonkowych przez wnikające w nie leukocyty. Jądra tych ostatnich zlewają się z chromatyną jąder nabłonka, które natychmiast potem ulegają podziałowi. W ten sposob objaśniał Klebs nie tylko tę olbrzymią energię rozrostu komórek, lecz i niezwykłą rozmaitość i bogactwo figur karyomitotycznych w rakach. Podobne spostrzeżenia zrobili niezależnie od Klebsa Karg [2]) i Schleich [3]). Pierwszy z nich nie uważa jednak sprawy wnikania leukocytów wewnątrz komórek rakowych za coś swoistego dla raka a tem mniej za najistotniejszą okoliczność w rozwoju, wyjaśniającą wiele w etyologii tej sprawy nowotworowej. Wnikanie ciałek białych i komórek tkanki łącznej w komórki nabłonkowe stanowi zjawisko fizyologiczne, będące w związku z odżywianiem nabłonka, które spostrzegać można w rozmaitych sprawach nowotworzenia się tkanek, jak naprzykład w tworzeniu ziarniny podczas gojenia się ran w przyrastaniu przeszczepionych kawałków skóry a nawet w nabłonku zupełnie prawidłowym. Jako więc takie, zjawisko to ma niewątpliwą doniosłość dla rozwoju raka, nie w tem jednak znaczeniu, jakie chce mu nadać Klebs.

[1]) Ueber die Ursachen pathologischer Gewebsneubildungen (Internat. Beiträge zur wissensch. Medicin, Festschrift R. Virchow gewidmet Bd. II.).

[2]) Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. XXV. S. 323.

[3]) Deutsche medicin. Wochenschr. 1891. N. 3.

Odkrycie karyokinezy, tak doniosłe mające znaczenie w pojmowaniu spraw rozwojowych w biologii, rzuciło wiele światła na sprawy patologiczne. W tkankach o tak wybitnej dążności proliferacyjnej, jak nowotwory złośliwe, podział komórek odbywa się szybko i dla tego figury karyokinetyczne występują obficie. Sądzono więc, że tu uda się odnaleść pewną szczególną cechę, różną od normalnych, która mogłaby wyjaśnić etyologicznie te tak odrębne własności komórek rakowych.

W nowszych czasach ogłosił swe badania Hausemann [1] nad nieumiarowym podziałem jąder (*asymmetrische Kerntheilung*) polegającym na tem, iż ilość chromatyny po podziale nie jest jednakową w dwóch nowotworzonych jądrach. Zjawisko to spostrzegał on we wszystkich rakach i to tylko w nich wyłącznie, i na tej podstawie w sposób oryginalny i zręczny tłomaczy energią żywotną komórek rakowych. Te komórki, których jądra po podziale otrzymały większą część chromatyny, tej według embryologów najistotniejszej treści żywotnej komórki, zyskują duży zapas siły i przewagę nad komórkami prawidłowemi, mającemi mniej chromatyny; komórki zaś o małej ilości chromatyny, powstałe po nierównym podziale, jako niezdolne do życia, giną rychło. W tym więc, według Hausemanna, tkwi źródło wielkich zdolności rozrodczych komórek rakowych, dających im możność zdobywania przewagi nad pierwocinami tkanki prawidłowemi. Twierdzenie Hausemanna sprawdzał Stroebe [2]) i wykazał obecność nieumiarowej (asymetrycznej) karyomitozy nie tylko w rakach, lecz zarówno w nowotworach niezłośliwych, w odrastaniu tkanki prawidłowej, w gruczołach limfatycznych i t. d., lecz w mniejszej, niż w rakach ilości. W obec tego teorya ta traci znaczenie wyłączności dla raka, większą zaś liczbę nieumiarowych figur jądrowych objaśniać należy obfitszemi wogóle zjawiskami podziału komórek w tych nowotworach.

Wszystkie przytoczone dotychczas poglądy i teorye przyczyniły się niewątpliwie do wyjaśnienia wielu stron ciemnych patogenezy raków, lecz żaden z nich nie poruszył rdzenia sprawy nowotworowej, nie dotarł do tego etyologicznego *x*, któreby było w stanie we wszystkich przypadkach wyjaśnić powstanie i rozwój raka.

Niezadowolone temi wynikami umysły badaczów zwróciły się w inną stronę. Szybkie zdobycze na polu bakteryologii, przekonywająca jasność teoryi pasorzytniczej chorób zakaźnych naturalnym rzeczy porządkiem wywarły wpływ przyciągający na badania nad etyologią raka. Analogia niewątpliwa pomiędzy przebiegiem niektórych chorób infekcyjnych a rakiem, którą zauważano i podnoszono już dawniejszemi czasy, nasunęła nowszym badaczom myśl o podobieństwie tych spraw patologicznych i pod względem etyologii, skąd wyłoniła się h i p o t e z a o p a s o r z y t n i c z e m p o c h o d z e n i u r a k ó w. W samej rzeczy, zestawiając stopniowe okresy rozwoju raka naprzykład z tworzeniem się gruzełka, spostrzedz można podobieństwo wielkie: w miejscu pierwotnego siedliska domniemanego pasorzyta zaczyna się tworzyć guz z dążeniem do szybkiego wzrostu; po jakimś czasie powierzchnia ulega owrzodzeniu, gdy części obwodowe drążą nadal w tkankę sąsiednią.

Ta wybitna zdolność rozrodcza komórek obok jednoczesnej ich skłonności do rozpadu, to uparte posuwanie się wgłąb otaczających tkanek, to przerzucanie się drogą naczyń krwionośnych czy limfatycznych na dalekie przestrzenie w ustroju, dalej możność uogólnienia (*generalisatio*), wreszcie to charłactwo, występujące w późniejszych okresach choroby, wszystko to są objawy wspólne zarówno gruźlicy, jak i rakowi, przemawiające za zakaźną naturą cierpienia. Jaki jest mianowicie ten bodziec zakaźny raka — na to odpowiedź dość długo dała czekać na siebie.

W początkach dziewiątego dziesiątka naszego wieku, w okresie gorączkowego rozwoju badań bakteryologicznych w najróżnorodniejszych kierunkach, zjawiło się kilka wskazówek w tej kwestyi (Verneuil [1]), Nedopil [2])), które jednak przeszły bez wrażenia. Dopiero w roku 1887 stała się głośną odrazu praca Scheuerlena [3]), który ogłosił, iż wykrył lasecznik swoisty raka, otrzymał czyste jego hodowle a nawet, że udało mu się wykonać z dodatnim wynikiem szczepienie zwierzętom. Naturalnie, jak to bywa najczęściej z odkryciami naukowemi, nawet najbłędniejszemi, zaraz potem zjawiły się protesty ze strony innych badaczów, występujących w obronie praw swoich do pierwszeństwa. Na szczęście cała ta kwestya pierwszeństwa, *Prioritätsfrage*, zakończyła się bardzo prędko, gdyż w ciągu niespełna roku udowodniono, że ów *bacillus carcinomatis* jest to tylko nieszkodliwy saprofit, rosnący na gnijących substancyach lub wodzie (*Kartoffelbacillus*), który często zanieczyszcza hodowle na niedość starannie wyjałowionych podłożach. Późniejsze nieco opisy bakteryj w tkankach rakowych przez Domingo Treize [4]) i Kubasowa [5]) już nie wzbudziły zainteresowania pomiędzy badaczami i dziś kwestya istnienia pasorzyta raka, w postaci któregoś ze schizomycetów, jest już złożona *ad acta* w zupełności.

Rzeczywiście już z punktu widzenia teoretycznego nie zdaje się możebnem, aby pasorzytem tym była jaka postać z gromady grzybków rozszczepnych. Jak to stwierdza doświadczenie codzienne z badanych tkanek w chorobach zakaźnych, zawsze sprawa patologiczna rozgrywa się w pośród pierwocin (elementów) tkanki łącznej, stanowiącej jakby stałe podłoże dla rozmnażania się bakteryj. Poczynając od pierwotnego odczynu w miejscu wniknięcia grzybka w tkankę aż do *maximum* rozwoju sprawy chorobowej, zawsze jego wytwory, jak tkanka ziarninowa, gruzełki, ropnie — są pochodzenia łączno-tkankowego, tkanka zaś nabłonkowa, jeżeli przyjmuje udział, to tylko wciągnięta następowo w sprawę. Inaczej zupełnie z nowotworzeniem się raka, gdzie zarówno w miejscu pierwotnem, jak i w późniejszych przerzutach zawsze występują odrazu grupy elementów nabłonkowych nowotworu tego samego typu. Musiałby więc taki pasorzyt, twierdzi Karg [6]), mieć własność oddziaływania heteroplastycznego na tkankę, do której przeniknął, co przeczyłoby faktom z embryologii. (C. d. n.)

Choroby dzieci.

N i l F i l a t o w (Moskwa): **Klinische Vorlesungen über Diagnostik u. Therapie der Darmkatarrhe der Kinder**, z rosyjsk. tłómaczył Polonsky (z Żytomierza) (8-vo, str. 82).

Własne doświadczenie autora uwzględniającego zdania innych, sposób przedstawienia rzeczy naukowy i z postępem nauki zgodny a bardzo przystępny składają się na całość wielce przydatną, szczególnie dla lekarzy praktycznych, dla których dziełko niniejsze jest przeznaczone.

Choroby przewodu pokarmowego rozpoczyna F. skreśleniem obrazu chorobowego niestrawności (dyspepsya). — Biegunki tłuszczowej (*Fettdiarrhoe*) nie uważa za odrębną postać chorobową, gdyż w stolcu każdego dziecka chorego na dyspepsyą zawsze znajdziemy mniej lub więcej zwiększoną ilość tłuszczu. Cholerę dzieci zaliczyć należy do chorób zakaźnych a uprawnia nas do tego szybkie, nagłe powstanie choroby, stan gorączkowy, białkomocz a w niektórych przypadkach obrzęk śledziony. Prątka swoistego wywołującego cholerę dzieci do dziś nie znamy, bo chociaż Lesagemu udało się wyhodować prątek, który przeszczepiony na zwierzęta sprowadzał objawy tej choroby, nie znalazł go jednak we wszystkich przypadkach. Baginsky wydzielił ze stolców

[1]) Virchow's Archiv T. 119 i 123.

[2]) Zieglers Beiträge zur patholog. Anatom. Bd. XI. 1891.

[1]) Proprietés pathogènes des microbes renfermés dans les tumeurs malignes (Revue de Chir. IX.).

[2]) Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

[3]) Die Aethiologie des Carcinoms. (Deutsch. med. Woch. 1887. 48).

[4]) Premières études experimentales sur la nature du cancer. Paris 1887.

[5]) Drobnoustroje nowotworów rakowych. Wiestnik higieny 1889 (po rosyjsku).

[6]) Ueber das Carcinom (Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie XXXIV).

dzieci chorych na cholerę około 20 rodzajów bakteryj (saprofitów) i twierdzi, że one rozwijając się w przewodzie pokarmowym rozkładają istoty białkowate mleka i wytwarzają w ten sposób ptomainy, których wessanie wywołuje objawy tej choroby. Pięknie kreślone są obrazy chorobowe zapalenia ostrego mieszkowego (*enteritis follicularis*) i powikłań tego cierpienia. Z chrób przewlekłych przewodu pokarmowego dłużej zatrzymuje się autor nad biegunką bagienną (*Sumpfdiarhoe*) i przerywaną (*intermittirender Durchfall*), na które mało dotąd zwracano uwagi. Choroby te polegające na zakażeniu zimniczem cechują się biegunkami występującemi napadowo i podniesieniem ciepłoty; ustępują tylko za użyciem chininy.

W drugiej części dziełka przeznaczonej na omówienie leczenia chorób przewodu pokarmowego, znachodzimy szczegółowe wskazówki dyetetyczne, tyczące się tak karmienia piersią matki jak i, co ważniejsza, żywienia sztucznego. W tym względzie ostatnimi czasy postąpiliśmy znacznie; mamy wiele przetworów do sztucznego żywienia dzieci służyć mających, jednak nie znamy jeszcze surogatu na pewne i zawsze mleko niewieście zastąpić mogącego. Dlatego przesadzonem wydaje się zdanie Biederta, że dziecko umierające z biegunki ginie albo z winy lekarza, który nie umiał znaleść odpowiedniego pożywienia, albo z winy opiekujących się nim, którzy nie spełniają dobrze poleceń lekarza. Najodpowiedniejszym surogatem mleka niewieściego jest mleko krowie, ma ono jednak te braki, że się psuje łatwo, że ma inny skład chemiczny, wreszcie że pod wpływem soku żołądkowego wypada sernik (*caseinum*) tego mleka nie w drobnych strzępkach jak w mleku niewieściem, lecz w grudkach. Psuciu się mleka staramy się zapobiedz przez odpowiednie wyjaławianie (Soltmann, Soxlet i inni), innym brakom przez roztworzenie, względnie przez pewne dodatki. F. zaleca dodawanie łyżki 2% roztworu dwuwęglanu sodowego na 10 łyżek mleka czystego lub już roztworzonego. Fabrycznie przyrządzają takie mieszaniny i pod nazwiskami wynalazców wprowadzają w handel. Gdy dziecko mleka nie znosi, przechodzimy do mięszaniny śmietankowej Biederta, która działa nieraz błogo. Aby uniknąć trudności, z jakiemi łączy się przyrządzanie tej mieszaniny, wprowadzono sztuczną mieszaninę (*künstliches Rahmgemenge*) otrzymaną drogą chemiczną z białka kurzego, masła, cukru i wody. Jest to przetwór tani a dobry. Możnaby też użyć do karmienia dzieci mleka klaczy, które swym składem chemicznym zbliża się do mleka niewiasty. Kumys ma być wybornym środkiem odżywczym, zwłaszcza z przyczyny, że zawiera alkohol, w nieżytach kiszek, gdy wskazane są środki podniecające. Kefir wnosząc z działania u starszych powinien być przetworem stósownym; brak nam wszakże jeszcze w tej mierze doświadczenia. Złym przetworem jest zgęszczone mleko szwajcarskie: jeżeli znacznie roztworzone, mało pożywne, jeżeli mało roztworzone, niestrawne. Mączki nie należy polecać przed ukończeniem 3 miesięcy życia.

Przechodząc wreszcie do leczenia poleca F. w dyspepsyi przeciw wymiotom, gdy oddziaływanie ich jest kwaśne, alkalia n. p. Rp. *Magnesie carb.* 0·30
Aquae calcis
„ *destill.* *āā* 30·00
S. Co dwie godziny po łyżeczce —

gdy alkaliczne, kw. solny n. p.
Rp. *Acid. muriat. dilt. gutt.* X
Decoct. Salep. 60·00
Syrupi 10·00
Co dwie godziny po łyżeczce.

Polecenia godne, jakkolwiek wiele zachodu potrzebujące, są przepłukiwania żołądka według Epsteina. F. sprzeciwia się podawaniu oseskom kalomelu a to dlatego, ponieważ nie uważa go za lek obojętny dla ustroju dziecka. W leczeniu nieżytu ostrego kiszek obok dyety odpowiedniej poleca przetwory taniny w płynie lub w proszkach n. p.

Rp. *Tannini* 0·12
Aquae 60·00
Trae laud. simpl. gutt. II
Syrupi simpl. 10·00
S. Co 1—2 godzin po łyżeczce.

W ostrem zapaleniu jelit mieszkowem (*enteritis follicul. acuta*) rozpocząć od dawki oleju rącznikowego, póżniej wewnętrznie lub w czopkach i lewatywach makowiec — lewatywy z środkami przeciwgnilnemi drażnią, w razie wielkiego parcia wprowadzanie do odbytnicy kawałka lodu (Demme). W cholerze dzieci kreosot n. p.
Rp. *Kreosoti gut.* I—II
Aquae cinnamomi 90·00
Syr. simpl. 10·00
Co 3 godziny po łyżeczce.

albo bedźwinian magnowy (*magnesia benzoica*), azotan srebrowy (*argent. nitric.*) (0·01—0·03 : 60·0) w razie zapadu koniak, kamfora. W przewlekłych nieżytach główny nacisk położyć należy na dyetę odpowiednią; z leków poleca salol i naftalinę n. p. Rp. *Naphthalini puriss.* 0·3—1·00
Mucil. gummi arab.
Aquae chammomillae *āā* 40·00
Ol. menthae pip. gutt. 1.
Co dwie godziny po łyżeczce.

Wreszcie w przewlekłych przypadkach poleca przepłukiwania jelit czyli wlewania znacznej (300—500 gr. i więcej) ilości płynu zapomocą odpowiedniego przyrządu, mające na celu przemycie i zdezinfekcyonowanie przewodu pokarmowego i zastósowanie środka leczniczego wprost na miejsce schorzałe.

(Doświadczenia poczynione w tej mierze w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie wykazały, że nie tylko dzieci znoszą bardzo dobrze te przepłukiwania, ale że tym sposobem uzyskać można znakomite rezultaty lecznicze nawet w przypadkach rozpaczliwych, opierających się wszelkiemu innemu leczeniu. Do przepłukiwań używano roztworu 1‰ taniny lub 1‰ tymolu. *Przyp. ref.*).

Dr. Raczyński.

Guttmann: **Wdmuchiwania sozojodolanu sodowego do nosa w krztuścu.**

Leczenie krztuśca wdmuchiwaniem do nosa nie jest nowe a polecali je już Monti, Finkler i Michael. Schwarz w Konstantynopolu pierwszy polecił wdmuchiwania sozojodolanu sodowego (*natrum sozojodolicum*) w stósunku 5 cz. owoców mirobolanu i 95 środka przerzeczonego. Guttmann zachęcony bardzo korzystnemi skutkami leczenia tym sposobem, używał leku tego w postaci wdmuchiwań nieco w innej formie, jako czystego sozojodolanu sodowego bez owoców mirobolanu, bo ta domieszka i tak w bardzo małej ilości zawierająca w sobie tylko dużo kwasu garbnikowego i dębiankowego, osobnego działania leczniczego mieć nie może. Do wdmuchiwań używał nieco zmienionego rozpylacza, gdyż zamiast balonu drenu gumowego na 20 ctm. długiego, którego jeden koniec przytwierdzał do nasady rozpylacza, drugi brał do ust, któremi wdmuchiwał. Wolny koniec rozpylacza wprowadzał do otworu nosowego, o ile można jak najwyżej, i wdmuchiwał po nasypaniu 0·25 sozojodolanu sodowego tak, iż w drugim otworze nosowym pokazał się proszek. Robił to w obu otworach nosowych raz na dzień. Jeżeli skutkiem tego wystąpił napad krztuśca i część proszku została wyrzucona, powtarza się to postępowanie. Autor stósował tę metodę u 30 dzieci, z których 6 leczono stale w szpitalu, i przekonał się, że ilość napadów i ich natężenie zmniejszały się tak, że średnio napady ustąpiły zupełnie po 6—8 dniach. Korzystnego działania na chorobę przez wdmuchiwanie środka tego do nosa nie umie sobie autor wytłómaczyć, lecz jak w warunkach fizyologicznych drażnienie jamy nosowej wywołuje odruchowo wpływ na oddech a w warunkach patologicznych dychawica (astma) bywa z przyczyny chorób nosa, tak też wdmuchiwania sozojodolanu sodowego do nosa wpływają korzystnie na napady krztuśca. (*Therap. Monatshefte, t. IX, 1893*). *Dr. Komorowski.*

Choroby uszne.

Szenes (z Budapesztu). **O zapaleniu ostrem ucha środkowego wędrującem** (*Otitis media acuta migrans*).

Autor opisuje 3 przypadki ostrego zapalenia ucha środ. z niezwykłym przebiegiem, którego nie można umieścić ściśle w żadnym dziale teraźniejszej klasyfikacyi chorób usznych, z powodu czego nadał im osobne miano: zapalenie ucha środ. ostre wędrujące, *Otitis media acuta migrans*. W pierwszym przypadku wystąpiło w 3 dni po zupełnem wyleczeniu ostrego zapalenia ropnego ucha środk. lewego zapalenie jamy bęb. z prawej strony, w którem jednak z przyczyny energicznego leczenia nie przyszło do ropienia. W drugim przypadku pierwotne zapalenie jamy bęb., które nie doszło do ropienia, pojawiło się po stronie prawej a w 3 dni po zupełnem jego ustąpieniu pojawiła się ta sama sprawa w lewem uchu przebiegając również bez ropienia. W trzecim przypadku ropne zapalenie ucha środk. rozwinęło się po lewej stronie w 3 dni po zupełnem wygojeniu się tego samego cierpienia w prawem uchu. We wszystkich więc przypadkach zapalenie jamy bęb. zajęło pierwotnie jedno ucho, skończyło się pomyślnie a w kilka dni później, które S. uważa za okres zwiastunowy, wywiązała się ta sama sprawa w drugiem uchu. Badania anatomo-patologiczne jakoteż bakteryologiczne nie wyjaśniają okoliczności statystycznie wykazanej, dla czego tak ostre jak również przewlekłe zapalenia jamy bęb. występują przeważnie jednostronnie, jakkolwiek oba uszy często na jeden i ten sam wpływ szkodliwy są narażone. Tyle jednak uczy doświadczenie, że sprawy obustronne po większej części pojawiają się albo równocześnie albo w bardzo krótkim odstępie czasu po sobie.

Dla czego w podanych przypadkach choroba wystąpiła po jednej stronie, autor wytłomaczyć nie może. Uważa on jednak ten przebieg jako analogię do t. zw. „zapaleń wędrujących płuc“, w których sprawa zapalna zajmuje najpierw jeden obszar płuca a dopiero po krótszem lub dłuższem trwaniu lub zupełnem wyleczeniu występuje w innem, niekiedy dość odległem miejscu tego samego narządu. (*Int. klin. Rundsch. 1892. Nr. 26.*

Prof. Urbantschitsch (z Wiednia). **O prześwieceniu wyrostka sutkowego.**

Wyrostek sutkowy prześwieca się w ten sposób, że przybliża się światło żarowe (*Glühlicht*) do nasady małżowiny. Używając dużego lejka usznego można się przekonać, że wyrostek przepuszcza światło aż do przewodu usznego zewn. W zapaleniach ropnych jamy bęben. połączonych z bolesnością nie można było przeświecać wyrostka. W jednym przypadku, w którym podczas zapalenia jamy bęb. z przedziurawieniem błony bęb. wyrostek światła nie przepuścił, po kilku tygodniach, w których stan się polepszył i ropienie ustąpiło, znowu przebijało światło. Pewnego dnia wyrostek znowu mniej światła przepuszczał a na drugi dzień zaczerwieniła się błona bęb, później przyszło do wypociny i do przecięcia błony bęb. W 10 dni później wyrostek był znowu przejrzysty. Również wyrostek sutk. był mniej przejrzysty w wielu przypadkach ropnego zapalenia jamy bębenkowej po stronie odpowiedniej i rozjaśniał się później coraz więcej w miarę polepszania się choroby. Aby jednak uniknąć pomyłek, powinno się zawsze o tem pamiętać, że przeświecenie wyrostka może być gorszem także przez obrzmienie skóry nad nim, którą też zbadać należy ściśle za każdym razem. Prócz tego przepuszczane to światło zależy także od zbitości tkanki kostnej.

Ważność rozpoznawczą ma szczególnie różnica przejrzystości na obydwóch stronach tak, że z znacznie mniejszego przeświecenia jednego wyrostka w porównaniu do drugiego można sądzić, że odpowiednia strona jest chorobowo zmieniona. U dzieci wyrostek jest o wiele przejrzystszy, niż u dorosłych. W połączeniu z innymi sposobami metoda ta stanowi cenny środek rozpoznawczy. (*Intern. klin. Rundsch. 1892. Nr. 22.*).

Prof. Jul. Bäke: **O badaniu bystrości słuchu u symulantów i o zużytkowaniu jego do rozpoznania i rokowania.**

W przypadkach braku zmian chorobowych wystarczających do tłomaczenia mniemanego niedosłyszenia, poleca B. w celu zdemaskowania udającego sposób następujący: W udawanej tępocie słuchu jednostronej zatyka się zdrowe ucho watą lub palcem. Jeżeli badany podaje teraz, że nie słyszy głośnej lub średnio głośnej mowy, wtedy podejrzenie o udawanie jest usprawiedliwione, albowiem dobrem uchem powinno się słyszeć głośne przemówienie nawet, gdy jest zatkane. To samo można powiedzieć, gdy badany nie słyszy kamertonu na zdrowem, zatkanem uchu w próbie Webera.

Następująca próba potwierdzi udawanie przez uznanie samego symulanta. Badający stoi za plecami badanego i wprowadza 2 końce trzechramiennej rurki gumowej szczelnie do jego uszu. Trzecie ramie rurki połączone jest z lejkowatą tubą akustyczną, w którą badający ciągle mówi słowa, które badany ma powtórzyć. Po upływie dłuższego czasu (15 minut) zatyka się rurkę do zdrowego ucha prowadzącą a udający nie wiedząc o tem i nadto wyczerpawszy już swą uwagę powtórzy dalej słowa słyszane wrzekomo chorem uchem. Podobną jest do tego następująca próba: Przykłada się badanemu 2 słuchawki do obu uszu i jeden badający mówi do rurki z zdrowem uchem połączonej cicho, przyczem badany ma powtarzać, co słyszy. Po upływie 15 minut drugi badający zaczyna mówić po cichu i równocześnie z pierwszym do drugiej słuchawki. Jeżeli badany jest rzeczywiście po jednej stronie głuchy, to usłyszy teraz tylko słowa po stronie zdrowej mówione; w przeciwnym razie zmiesza się i powtórzy także słowa wyrzeczone do ucha wrzekomo chorego.

W przypadkach podania głuchoty obustronnej trzeba sądzić po wyrazie twarzy u zupełnie głuchych tak cechującym się albo po artykulacyi mowy i powinno się używać przebiegłych forteli i sztuczek, przemawiać do badanego wzbudzonego ze snu, usypianego (narkotyzowanego) lub pijanego i obserwować go przez dłuższy czas. Prawdziwy głuchoniemy umiejący pisać, pisze ortograficznie poprawnie, błądzi jednak w tworzeniu słów; symulant zaś tak pisze, jak dobrze słyszący mówią, z błędami jednak ortograficznemi.

Podejrzany o głuchoniemotę a nie umiejący pisać, jeżeli choroba jest prawdziwą, wrodzoną lub w młodym wieku nabytą, może się za pomocą znaków porozumieć z innym głuchoniemym; udający zaś głuchoniemotę tego nie potrafi. *Internat. Klin. Rundsch. Nr. 37. 1892.* *Dr. Spira.*

Ginekologia.

Prof. Körber: **Smierć noworodka po wahaniach Schultzego.**

Autor opisuje następujące zmiany znalezione podczas sekcyi noworodka: W jamie brzusznej krew częściowo skrzepła w dość znacznej ilości, pęknięcie wątroby i torebki, jakoteż kilka podbiegnięć krwawych niżej na niej a w górnej części nerki prawej wylanie się krwi pod torebką. Płód donoszony, dobrze rozwinięty, urodzony siłami przyrody, bardzo omdlały cucono przez 10 minut wykonywając wahania *lege artis* Schultzego i do nich jedynie odnieść należy znalezione zmiany podczas sekcyi, gdyż żadnych innych rękoczynów ani podczas porodu ani też później nie przedsiębrano.

W obec tego zapytuje się autor, czy wahania Schultzego są tak niewinnym zabiegiem, jak ogólnie autorowie twierdzą i czy użycia ich nie należy przecież ograniczyć. Przypominając, że już Leopold i Meyer wymieniają jako przeciwskazanie do wahań Schultzego złamania barku lub obojczyka, przedstawia autor jako drugie przeciwskazanie znaczny ciężar płodu, gdyż im większy ciężar, z tem większą siłą ugniatają ciężkie kończyny dolne wraz z miednicą jamę brzuszną, tem samem powiększa się bardzo znacznie ciśnienie na trzewa brzuszne a przedewszystkiem na wątrobę i nerki, które skutkiem tego łatwo można uszkodzić. *Med. Chirurgisches Centralblatt Nr. 6. 1893.*

Lehmann: **Przypadek gruźlicy łożyska.**

Autor opisuje przypadek gruźlicy łożyska u kobiety zmarłej na gruźlicę prosówkową. Sekcya nie wykazała w jelitach i w otrzewnej żadnych ognisk gruźliczych. Natomiast znaleziono kilka drobnych ognisk w łożysku od strony macicy a badanie ich drobnowidowe wykazało typowe gruzełki i w nich mnóstwo prątków gruźliczych. Dokładne badania wykryły, że te ogniska gruźlicze sięgały w głąb łożyska i przechodziły aż na jego część płodową t. j. na kosmki. W organach wewnętrznych płodu nieżywo urodzonego nic nie znaleziono. *Deutsche Medicinische Wochenschrift. Nr 9. 1893.* *Dr. Kośmiński.*

Notatki terapeutyczne.

W celu uśmierzenia boleści z użycia sublimatu w wiewiórze (tryprze) zapisuje M. Watier środek przerzeczony wraz z antypiryną według formuły:

40) *Mercurii sublimati* 0·02
Antipyrini 2·00
Aquae destill. 200·00

Płyn ten należy wstrzykiwać do cewki moczowej po 4 razy dziennie i zatrzymywać go w niej jak najdłużej. (*The medical Bulletin. Luty 1893*).

W sapce czyli ostrym nieżycie nosa zaleca się zażywanie co godzina na wzór tabaki następującego proszku:

41) Rp. *Saloli* 10·00
Acidi salicylici 2·00
Tannini puri 1·00
Acidi borici 40·00

(*The medical Bulletin. Luty 1893*).

Przeciwko róży używa Cavazzani z bardzo pomyślnym skutkiem pomazywania skóry zapalonej co 3 lub 4 godziny płynem:

42) Rp. *Tannini*
Camphorae *āā* 2·00
Aetheris sulfurici 15·00
MDS. Zewnętrznie.
Zdala od płomienia!

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 8. marca 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków obecnych 52.

I) Kol. Browicz odczytuje sprawozdanie Komisyi wodociągowej Towarzystwa lek. krak., poczem w dłuższem przemówieniu objaśnia niektóre jego ustępy.

II) W żywej dyskusyi zabierali głos koledzy: Domański, Kohn, Pieniążek, Gluziński, Ponikło i referent, poczem uchwalono jednomyślnie odłożyć dyskusyę do następnego nadzwyczajnego posiedzenia i wysłuchać sprawozdania kol. Domańskiego jako referenta mniejszości tejże Komisyi wodociągowej Tow. lek. krak. Sekretarz *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie z dnia 12. marca 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków obecnych 36.

I) Kol. Domański odczytuje swoje sprawozdanie i zapatrywania się na kwestyę wodociągów krakowskich ze strony mniejszości Komisyi wodociągowej Towarzystwa lek. krak. Poczem w dłuższem przemówieniu objaśnia niektóre ustępy licznymi przykładami oraz polemizuje z wywodami poprzedniego kol. referenta.

II) W nader ożywionej dyskusyi nad sprawą wodociągową zabierali głos koledzy: Kohn, Browicz, Zarewicz, Jordan i Domański.

III) W końcu przyjęto większością następujący wniosek Komisyi wodociągowej Towarzystwa lek. krak.: „Wobec trudności, na jakie wprowadzenie wodociągu regulickiego napotyka, Towarzystwo lek. krak. uznając naglącą potrzebę doprowadzenia do miasta Krakowa wody dobrej a taniej w dostatecznej ilości, wyraża przekonanie, iż dalsze a dokładne badanie wód wgłębnych w okolicy Krakowa jest konieczne“.

Sekretarz *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie z dnia 22. marca 1893 r.

Prezes kol. Łazarski — Członków obecnych 40.
Jako gość Dr. Turzański.

I) Kol. Tyszkiewicz przedstawia chorą z oddziału Prof. Pareńskiego, podejrzaną o chorobę Adisona; kol. Zarewicz widzi podobieństwo powyższego przypadku do przypadków Politzera i Jaworskiego; zaznacza jednak, że brak zmian nowotworowych na skórze i na błonach śluzowych. Powyższa choroba nosi nazwę *Acanthosis nigricans.*

W dyskusyi zabierali głos: kol. Zarewicz, Surzycki, Gluziński, Mars i prelegent.

II) Prof. Obaliński przedstawia kamienie żółciowe wydobyte podczas operacyi i opowiada o przypadku operowanym.

W dyskusyi zabierali głos kol.: Szewczyk, Kryński, Mars, Surzycki i Czapliński. Za sekretarza *Dr. J. Siedlecki.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

V. zjazd chirurgów polskich odbędzie się i tego roku, jak zwykle, w połowie lipca a mianowicie 11., 12. i 13. lipca. Przypominając Szanownym Kolegom termin już wcześnie upraszamy o jak najliczniejszy udział w pracach naszych

Prof. Rydygier.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Z rokiem 1892 Wydawnictwo dzieł lek. polskich skończyło 17. rok swego istnienia a cały szereg dzieł po największej części oryginalnych w różnych gałęziach naszej wiedzy oraz szereg Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej, stanowi dowód usilnych starań Zarządu Wydawnictwa nad wypełnieniem przyjętego na siebie zobowiązania a zarazem daje miarę wysokiej ofiarności ze strony naszych autorów, którzy nie szczędząc i czasu i trudu pracowali nad rozwojem i popieraniem naszego. dotąd jeszcze dosyć ubogiego, piśmiennictwa lekarskiego.

O ile Zarząd Wydawnictwa z powierzonego obowiązku dobrze się wywiązał a z drugiej strony autorowie odpowiedzieli swemu zadaniu, niech sami Koledzy osądzą z załączonego spisu dzieł i ze sprawozdania z ubiegłego roku. To jednak musimy otwarcie wyznać, że rezultat tych zabiegów i usiłowań, jak dotąd jest bardzo skromny i bardzo nieznaczny i tylko spory zasób dobrej woli i energii mógł zdziałać, że się nie zrażamy dotychczasową obojętnością Kolegów, lecz prowadzimy pracę w Wydawnictwie dalej w nadziei, że przecież nasze usiłowania oraz praca autorów zrozumianą i ocenioną wreszcie zostanie przez Kolegów, od których moralnego i materyalnego poparcia najbardziej potrzebujemy.

Wszak niejednemu z Kolegów z łatwością przyjdzie złożyć wkładkę wstępną 10 złr. i roczną 2 złr. a prawie bez wyjątku wszyscy nie obciążą swego budżetu zasilając nasze Wydawnictwo roczną wkładką 2 złr. jako Prenumeratorowie i nie będą nas zmuszać do licznych listów z przypomnieniem o pozostałych z lat poprzednich zaległościach.

Wszak rok rocznie wszyscy członkowie otrzymują bezpłatne premia, które nieraz ceną księgarską znacznie przewyższają wkładkę roczną; więc i z tego powodu składka roczna nie jest wcale jałmużną, ale poparciem, o jakie upraszamy wszystkich Kolegów.

W najbliższej przyszłości zamierzamy wydać:

1. Podręcznik chorób żołądka przez prof. Jaworskiego Walerego,

2. Ginekologią przez Dra Bylickiego Władysława, oraz dalszy szereg Rozpraw z medycyny praktycznej, które już w naszych kołach lekarskich zyskały sobie uznanie.

Liczymy więc, że każdy, kto pragnie, by nasze piśmiennictwo lekarskie dalej się rozwijało, by nasi autorowie mogli swojem doświadczeniem dzielić się z kolegami w swoim języku, poprze nasze Wydawnictwo i zapisze się w poczet jego Członków lub Prenumeratorów.

W imieniu Wydawnictwa dzieł lek. polskich.

Sekretarz i Administrator — Przewodniczący

Dr. Józef Surzycki. — *Prof. Dr. Edward Korczyński.*

— Za usługi oddane podczas zeszłorocznej epidemii cholery polecił N. Pan wyrazić Swe Najwyższe uznanie Drowi Henrykowi Kowalskiemu, lekarzowi pułkowemu I. klasy ze szpitalu załogowego Nr. 1 w Wiedniu.

— Dzięki hojności wiedeńskiego Towarzystwa ratunkowego, którego duszę stanowią prezes hr. Jan Wilczek (pochodzący z polskiej rodziny i sam to przyznający) i lekarz naczelny baron Dr. Mundy, otrzymuje Lwów stacyą ratunkową na wzór tej, którą z daru przerzeczonego hr. Wilczka otrzymał przed laty kilkoma Kraków i która pod energicznym i światłym sterem od samego początku prof. Dra Alfreda Obalińskiego miastu znakomite oddawała i oddaje usługi.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych (austryackie) wydało prócz do Namiestnictwa w Lincu także do rządów krajowych w Salcburgu i Lublanie rozporządzenie w sprawie utworzenia izb lekarskich w myśl ustawy z dnia 22. grudnia 1891.

— Toż Namiestnictwo zawiadamia okólnikiem z dnia 4. marca r. b. wszystkie naczelne władze polityczne krajowe, że w krajach Korony węgierskiej od 8. lutego b. r. nie zdarzył się żaden przypadek cholery a ostatni chorzy opuścili szpital barakowy w dniu 21. lutego i ze z tych przyczyn znosi się wszelkie ograniczenia ruchu handlowego z przerzeczonemi krajami.

— Z powodu, że w pewnem miejscu prokuratorya rządowa poleciła skonfiskować znaczną liczbę egzemplarzy broszury w Niemczech wydrukowanej a sławiącej wyroby jakiegoś aptekarza w Kolonii nad Renem, że broszury takie obliczone są na zamięszanie u publiczności pojęć o leczeniu chorób i działaniu lekarstw w celu wyzyskiwania jej łatwowierności przez skłanianie do kupna leków tajemnych, wyrabianych jedynie na korzyść prywatnych spekulantów, wydało ministerstwo sprawiedliwości w Wiedniu do starszych prokuratoryj okólnik polecający czuwać nad drukami zachwalającemi pewne leki a w razie potrzeby występować w drodze prawa.

— Namiestnictwo galicyjskie poleciło rozebrać chemicznie płyn do farbowania włosów sprzedawany pod nazwą Hair Lotion a wyrabiany przez Roberta i Spółkę w Paryżu (rue de la Paix 5) i w Londynie (76 New Boond Street) i przekonawszy się, iż zawiera ołów, zakazało go sprzedawać w kraju swej władzy podległym. Ministerstwo spraw wewnętrznych podaje to do wiadomości naczelnych władz politycznych w innych prowincyach monarchii i wzywa je do wydania równego zakazu.

— Znana księgarnia A. Hirschwalda w Berlinie wydała jeneralny rejestr nader dokładnie opracowany treści pierwszych 25 tomów roczników sprawozdawczych Virchowa i Hirscha z lat 1866 do 1890, niezbędny dla każdego pracownika w zakresie nauk lekarskich.

— W dniu 30. marca r. b. obchodzono uroczyście w Paryżu przybycie do olbrzymich zbiorników w Montretout pierwszych 120000 m.^{3} wody, której dostarczać będą codziennie źródła rzek Avre i Vigne, przezco ilość wody źródlanej obecnie codziennie do Paryża przybywającej powiększy się z 170000 m.^{3} prawie do 300000 m.^{3} Źródła teraz uchwycone pochodzą z departamentów Eure i Eure- et- Loir i dostają się na miejsce swego przeznaczenia wodociągiem długim na 102 kilometry, który zbudowano w ciągu dwóch lat! Zbiorniki znajdujące się w okolicy słynnego fortu Mont Valérien mogą pomieścić w sobie 300000 m.^{3} i dzielą się na trzy częśei (*compartiments*), z którym teraz ukończono budowę tylko pierwszej. Woda ze źródeł Avre jest znakomita, zawiera w sobie bardzo mało soli wapniowych i magnowych, tylko 7 miligramów w litrze ciał organicznych (w regulickiej jest ich 5 $^1/_2$ miligrama) i jest jeszcze lepsza, niż woda ze zdrojów Vanne i Dhuys mająca 20 do 23 stopni francuskich twardości. Paryżanie spodziewają się, że tym sposobem uniknie się teraz potrzeby wprowadzania do ich miasta w lecie podejrzanej zawsze wody ze Sekwany.

— De Parville zdaje sprawę ze swych doświadczeń w przedmiocie własności mléka pochłaniania zapachów i substancyj lotnych. I tak zostawiwszy przez noc w pokoju chorego miseczkę pełną mleka obok źle zatkanej flaszki z wodą smołową przekonał się, że nazajutrz mleko miała mocną woń smoły. Tożsamo stało się po postawieniu filiżanki mléka obok naczynia z olejkiem terpentynowym. Te okoliczności skłoniły do dokładniejszych doświadczeń, które robił w ten sposób, że obok dzbanów z mlekiem stawiał naczynia z substancyami mającemi woń pewną i po 8 godzinach próbował mléka. Tak przekonał się, że gaz do świecenia, cebula, dym tytuniowy, piżmo, asafetyda, ryby zepsute, kamfora i t. d. nadawały mléku smak odrębny, niekiedy bardzo mocny i że ten smak utrzymywał się przez 14 godzin w próbkach mléka. Z tego wnosi autor, że nie powinno trzymać się mléka w pokojach zajmowanych przez osoby chore a mianowicie pić mléka przechowanego w pokoju, w którym przebywa lub przebywał chory dotknięty chorobą zakaźną. Rada ta wszakże nie jest bynajmniej nowa; że mléko przechowane w miejscu, w którem znajduje się chory dotknięty chorobą zakaźną, może stać się jej nośnikiem, zdaje się, że nie ulega wątpliwości a odnoszące się do tego spostrzeżenia porobiono w bardzo wielu miejscach i u nas w Krakowie.

— **Nominacye** otrzymali: Prof. Dr. Fischer w Berlinie na członka berlińskiej akademii umiejętności, Sir John Lister w Londynie na członka zagranicznego akademii umiejętności w Paryżu, Dr. M. Macé na profesora higieny w Nancy, docent prywatny Dr. Karol Karg na profesora nadzwyczajnego chirurgii i docent prywatny Dr. Albert Doderlein na profesora nadzwyczajnego ginekologii, obydwa w uniwersytecie lipskim.

— W pierwszych trzech miesiącach roku bieżącego uzyskali w Uniwersytecie Jagiellońskim **stopień doktora wszech nauk lekarskich** w porządku chronologicznym Panowie: 1) Teodor Jaciów z Wolczuch. 2) Karol Radziński z Charzewic. 3) Józef Zakrzewski z Tarnopola. 4) Jan Gaik z Tarnowa. 5) Aleksander Jastrzębski z Czerniowiec. 6) Zygmunt Spalke ze Lwowa, 7) Izaak Goldberger z Jugowic. 8) Czesław Waligórski ze Sanoka. 9) Julian Nowak z Okocima. 10) Józef Orzechowski ze Świegocin. 11) Franciszek Ksawery Górski ze Lwowa. 12) Józef Zanietowski z Lozanny. 12) Tomasz Korolik z Husiatyna. 14) Stanisław Prebendowski ze Lwowa. 15) Wilhelm Schayer ze Zaleszczyk. 16) Zygmunt Wachtel z Krakowa. 17) Jan Nawrocki z Zadnieszówki. 18) Dr. filozofii Michał Kociuba z Wierczan. 19) Izydor Feuerstein z Warszawy. 20) Karol Brudzewski z Lednogóry. 21) Wojciech Rokossowski ze Sławic. 22) Tadeusz Gabryszewski z Krosna. 23) Leon Blumenblatt z Drohobycza. 24) Don Fragner z Krakowa. 25) Filip Müller z Chrzanowa. 26) Władysław Kotz z Podgórza. 27) Julian Woszczyński z Zawadowa. 28) Józef Sternberg z Przemyśla. 29) Antoni Sawicki z Humnisk. 30) Władysław Szymonowicz z Tarnopola. 31) Pinkus Tislowitz z Krakowa. 32) Mieczysław Biliński z Tarnopola. 33) Konstanty Węclewski z Warszawy. 34) Eugeniusz Łopaczyński z Laszkowa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.